



**OFFICE FOR GENETICS AND PEOPLE WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS
PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS PARA NIÑOS (CMS)**

DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS DE APOYO VOLUNTARIADO

f

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Número de Seguro Social, Tax ID o de Identificación de CMS del Solicitante (si aplicable): _____
Edad del Solicitante: _____
Nombre de la Persona Completando la Declaración: _____
Relación al Solicitante: _____
Fecha de Hoy: _____

Yo, _____, juro o afirmo que estoy apoyando a

Yo proveo a la familia una cantidad de \$ _____ cada _____ para gastos personales

YO JURO SOLEMNEMENTE BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN PROVISTA EN ESTA DECLARACIÓN JURADA ES VERDADERA Y COMPLETADA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER.

Entiendo que, si se determina que mi hijo es elegible para Servicios Médicos de Niños, que deberé reportar todos y cada uno de los cambios (incluso cambios en ingresos, domicilio o miembros del hogar) dentro de 10 días hábiles a mi Coordinador de CMS o contactar a un representante de CMS al (410) 767-5588.

FIRMA (de la persona que ha completado esta declaración)

FECHA

Al marcar esta casilla, Yo certifico que he respondido las preguntas de esta declaración jurada lo mejor posible de mi capacidad.

FIRMA (del padre/representante legal del solicitante)

FECHA

Al marcar esta casilla, Yo, certifico que he respondido las preguntas de esta declaración jurada lo mejor posible de mi capacidad.